



**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 del DPR 445/2000**  
(ai sensi del Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto  
e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In caso di minore: Genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

**DICHIARO**

Ha/hai avuto (genitore e minore) sintomi quali TOSSE, RAFFREDDORE, FEBBRE associati a o meno a DIFFICOLTA' RESPIRATORIA?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
E'/sei stato positivo al Covid-19 o sottoposto alla misura di quarantena?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
E'/sei (genitore e minore) venuto a contatto con persone sospette per COVID-19 positive al SARS-CoV-2 o comunque anche se negative, assoggettate a quarantena in quanto a loro volta essere venuti a contatto con casi sospetti o accertati di COVID-19?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
E'/sei (genitore e minore) risultato POSITIVO al tampone per la ricerca dal virus SARS-CoV-2?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Ha/hai contratto il COVID-19 e effettuato dopo la guarigione clinica DUE tamponi a distanza di 24 ore risultati NEGATIVI rispettivamente in data _____ e in data _____ rispettando il periodo di isolamento sociale di 14 giorni terminato in data _____	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Ha/hai (genitore e minore) effettuato viaggi internazionale?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

I dati personali saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 come meglio indicato nell'Informativa ex art. 13 Regolamento UE (di seguito riportata), in esecuzione del Protocollo di sicurezza anti-contagio adottato dall'azienda e in ottemperanza al DPCM del 24 aprile 2020.

**DICHIARO**

- di dare immediata comunicazione in caso di variazione di una delle condizioni di cui sopra.
- di essere informato e mi impegno a rispettare le disposizioni e i protocolli adottati da New Fitness a R.L. come misure anti-contagio Covid-19.

**INFORMATIVA COVID'19**

In ottemperanza a quanto disposto dal DPCM del 24 aprile 2020 e dall'Autorità sanitaria,

il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di accettare e rispettare le seguenti misure di comportamento, meglio declinate all'interno del Protocollo aziendale anti-contagio Covid'19, ovvero:

- l'obbligo di rimanere al proprio domicilio e di non entrare in palestra in presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria
- la consapevolezza e l'accettazione del fatto di non poter fare ingresso o di poter permanere in azienda e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc) in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio
- l'impegno a rispettare tutte le disposizioni, sia delle Autorità sia di New Fitness a R.L., nel fare accesso in palestra, contenute nel protocollo aziendale anti-contagio (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza, indossare la mascherina chirurgica laddove necessario, sottoporsi quotidianamente alla misurazione corporea prima dell'ingresso in struttura, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene) e nelle informative esposte in punti strategici del centro.
- l'impegno a informare tempestivamente e responsabilmente New Fitness a R.L. della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della prestazione lavorativa, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti indossando la mascherina di protezione.

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti in base all'art. 13 del D.Lgs 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Letta e compresa \_\_\_\_\_